

療養費
家族療養費

請求書

(施行規程第107条、第110条関係)

所属所名			所属所所在地									
組合員証 記号番号	記号	番号	組合員氏名									
組合員 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日								
療養者	氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日						
	続柄			被扶養者 認定年月日	昭和 平成 令和	年 月 日						
請求事由 (該当する番号 に○)	1 治療用装具の購入 2 輸血 3 組合員証不携帯 4 鍼・灸・マッサージ 5 その他 ()			傷病名								
				傷病の 初診日	平成 令和	年	月	日				
				療養期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで
				療養区分	入院 ・ 入院外							
傷病の原因	公務 ・ 公務外			相手の有無	有り ・ 無し							
診療を受けた 医療機関又は薬局	名称											
	所在地											
療養に 要した費用	円		請求金額	円								
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>新潟県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 組合員 氏名 印</p> <p style="text-align: right;">本人自ら署名する場合は押印不要です</p>												
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>						所属所受付印						

[留意事項]

- ・ 治療用装具の場合は、医師の意見書及び装具の領収書（いずれも原本）を添付してください。
- ・ 公務（通勤）災害及び労災に係る療養の場合には、療養費及び家族療養費の請求をすることはできません。

事務処理欄

シーケンス番号	区分	給種	診療区分	病類コード	入力日	共済組合受付印	
	1	02：移送 03：装具 06：出生認定前 08：鍼灸 19：その他	11：入院 12：外来 31：歯科入院 32：歯科外来 42：調剤 62：訪問				
				課長	係長	係	検印